

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Antonio Molina Moreno¹

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión de distintos instrumentos para la evaluación clínica del comportamiento infanto-juvenil, así como los sistemas en los que se sustentan, describiendo en cada caso las técnicas adaptadas al castellano. Se destacan las peculiaridades de la evaluación infantil como la edad, sexo, los criterios evolutivos, las influencias de las interacciones familiares, las discrepancias de las fuentes de información y las características más relevantes del evaluador infantil. Se aboga por una evaluación mínimamente intrusiva, ajustada a las características del problema, teniendo en cuenta la información inicial de quienes solicitan ayuda, sus creencias, expectativas, etc.

PALABRAS CLAVE: evaluación conductual-funcional, evaluación infanto-juvenil, instrumentos de evaluación clínica.

INTRODUCCIÓN

La evaluación clínica del comportamiento en la infancia y la adolescencia se ha cimentado a partir de la evaluación de la población adulta, heredando los mismos problemas y limitaciones (Del Barrio, 1995). Hasta bien entrados en el s. XVIII el niño era considerado como un adulto en minúscula, incluso desde marcos teóricos diferentes se ha considerado al niño como sujeto a las mismos principios que el adulto. Sólo será a partir de los años 70 cuando esta manera de entender al infante cambie, reconociendo las peculiaridades propias del desarrollo infantil, aunque las tareas de evaluación infantil permanecerán durante largo tiempo centradas fundamentalmente en la clasificación y el diagnóstico (Valero, 1997). Es a partir de los años 80 cuando la evaluación se dirige a la planificación y verificación de los resultados del tratamiento (Shapiro y Kratochwill, 1988).

En general, tanto la evaluación clínica adulta como la infantil han sido conceptuadas desde perspectivas que defendían (y defienden) presupuestos distintos a la hora de entender los distintos trastornos psicológicos. En este sentido podemos señalar que existe un hecho histórico que marca una ruptura conceptual tanto en la evaluación adulta como en la infantil. Nos referimos a la diferenciación entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual, aunque hoy en día, en el estado actual de la evaluación infantil esta diferenciación no está clara, dado que la evaluación conductual no puede entenderse de una forma integrada, sino más bien difuminada en distintas tendencias, una de las cuales sería la evaluación múltiple (Luciano, 1997; Zaldivar, 1998; Fernández Ballesteros, 1994).

Entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual existen múltiples diferencias. Una de estas diferencias se refiere al modo de conceptuar la conducta y al tipo de variables explicativas sobre el origen y el mantenimiento del comportamiento problema. Obviamente desde marcos conceptuales distintos se ha de esperar que las técnicas de evaluación generadas sean cualitativamente distintas, aunque la realidad sea algo diferente.

Desde la aproximación tradicional se aboga por la evaluación de constructos de personalidad para averiguar la/s causa/s de la/s conducta/s alterada/s. Desde este punto de vista, la conducta tiene un valor de "síntoma" que reflejaría causas subyacentes. Desde esta perspectiva, la valoración de la psicopatología se ha realizado a partir de una serie de técnicas indirectas de evaluación en las que se

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento. Universidad de Almería (España)

englobarían: las técnicas proyectivas, test, técnicas subjetivas, etc. Este tipo de instrumentos se han construido sobre el presupuesto de que la conducta es consistente respecto a la variabilidad del contexto.

Por otro lado, la evaluación conductual se considera un proceso en el que el clínico toma decisiones sobre las variables que se suponen relevantes en el mantenimiento del problema, a partir de las cuales desarrolla el plan de intervención. Las características fundamentales señaladas a la evaluación conductual quedan resumidas en las siguientes (Mash y Terdal, 1981): a) uso de la observación sistemática; b) orientada a detectar la naturaleza, desarrollo y valoración del cambio conductual; c) entiende la conducta como una muestra del repertorio del sujeto; d) concibe el proceso evaluativo como un proceso continuo en el que se recogen medidas antes, durante y después de la intervención; y e) interpreta los datos desde un nivel de inferencia mínimo.

No obstante, bajo el rótulo de evaluación conductual se agrupan una gama de técnicas de evaluación, que se valoran de forma distinta en función del marco conceptual o teórico que se adopte de partida. Prueba de ello son los supuestos o principios que se enmarcan de manera diferencial en la evaluación cognitivo-conductual respecto a la evaluación conductual-funcional que se sintetizan en los siguientes (Zaldivar, 1998): a) la evaluación cognitivo conductual hace uso de los sistemas de clasificación psiquiátricos (tipo DSM y CIE) u otras estrategias como la de la "conducta clave" frente al uso de los análisis funcionales; b) evalúa el triple sistema de respuesta en lugar de entender la conducta como un todo producto de la interacción entre el organismo y su ambiente; c) usa de forma desproporcionada procedimientos indirectos (cuestionarios, escalas...) más que directos (observación); d) incluye constructos teóricos intrapsíquicos como responsables de la conducta en menoscabo de las influencias ambientales; e) sobrevalora las evaluaciones estructurales de la conducta frente a las funcionales y f) está más interesada por las garantías psicométricas del instrumento y la integración de enfoques teóricos distintos, más que por las evaluación funcional de la conducta.

Algunos autores señalan que una adecuada evaluación, debido a los diversos factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de conducta, debería incluir múltiples métodos (evaluación multimétodo) (entrevista, observación directa, cuestionarios, etc.), administrados a distintas personas (padres, maestros, propio niño, etc.) y referidos a distintos contextos (casa, colegio, etc.), así como incluir una evaluación tanto familiar como extrafamiliar (McMahon, 1987). No obstante, no queda justificado claramente el hecho de llevar a cabo una evaluación multimétodo, entre otras razones por los escasos apoyos empíricos de esta evaluación (Kessler, 1988; citado en Luciano, 1997). Además se debería tener en cuenta que en muchas ocasiones la evaluación multimétodo supone: a) un costo personal y profesional a la hora de integrar la información recogida; b) numerosas exigencias y requisitos para la familia; y c) el establecimiento de diversos diagnósticos con los efectos estigmatizantes que ello conlleva y que se han recogido ampliamente en la literatura (Fernández Parra y Luciano, 1997; Wicks-Nelson e Israel, 1996; Bijou, 1976; Eikeseth y Lovaas, 1992). Asimismo, la cantidad de datos recogidos mediante este tipo de evaluación no está necesariamente relacionada con la calidad de la información.

En general, desde un punto de vista conductual-funcional, se aboga por un proceso de evaluación mínimamente intrusivo en el que aboga por la valoración previa de la utilización de múltiples instrumentos, de múltiples fuentes, etc. en el primer contacto de la evaluación, especialmente respecto al uso de evaluaciones fisiológicas y neuropsicológicas. En relación con esta última evaluación podemos indicar que no todos los problemas psicosociales que presentan los niños necesitan una evaluación neurofisiológica o fisiológica, debido al coste personal y material que ello conlleva y a la escasa utilidad de cara al tratamiento.

No obstante, podríamos indicar algunas razones sobre la importancia de este tipo de evaluación. En primer lugar, algunos trastornos infantiles (autismo, retraso en el desarrollo, dolor de cabeza, rumiación, asma, etc.) pueden implicar alteraciones a nivel fisiológico y su medición podría ser esencial de cara al tratamiento. Hay cierta evidencia de que en algunos problemas de comportamiento (hiperactividad, trastornos de la atención, etc.) existe una alteración a nivel fisiológico en cuyo caso un tratamiento combinado médico y conductual podría ser el plan a seguir para obtener adecuados resultados.

Desde una perspectiva conductual-funcional, la información recogida a partir de la entrevista inicial no sólo se centrará en el comportamiento problema sino que también se obtendrá información sobre los aspectos positivos del repertorio del niño. Asimismo se valorará la motivación para el cambio de las personas que consultan y el clínico decidirá sobre la conveniencia de usar otros instrumentos, de entrevistar a otras personas, etc. a fin de corroborar o contrastar la información inicial. Asimismo la evaluación del comportamiento infanto-juvenil con vista a intervenir se centrará en obtener información detallada de distintas áreas o aspectos como los que se señalan a continuación (Luciano, 1997; Gómez, 1999; Mash y Terdal, 1981):

- 1) Descripción del problema consultado a dos niveles: global, a través de entrevistas abiertas, y específico, a través de observación; a fin de delimitar los eventos antecedentes, los parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia;

- 2) Funcionamiento global del niño (rutina semanal), repertorio social y académico, tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales, estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas y si se estima oportuno mediante escalas y cuestionarios.
- 3) Historia de los comportamientos problemáticos, es decir, datos de los déficit o excesos comportamentales (momento y forma de su detección, por quién, etc.). Estos datos se obtendrán mediante entrevista más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.
- 4) Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema. Esta información se recabaría a través de entrevista y se complementaría con registros de observación.
- 5) Información acerca de las condiciones físico-contextuales (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.) que puede ser obtenida a través de entrevista.

Para concluir, desde un marco conductual-funcional el juicio diagnóstico puede basarse en (Gómez, 1999):

La información –o conducta verbal puntual- producida en situ (o tras un breve periodo de tiempo desde su ocurrencia) y relativa a una muestra amplia de los comportamientos objeto de queja, unido a la información general del funcional (a modo de screening o rastreo) del funcionamiento global del niño en los contextos y las áreas relacionadas con el problema y del nivel de sensibilidad e implicación de los padres –u otros adultos- datos estos últimos que convendría obtener a través de métodos abiertos o semiabiertos (añadiendo, o no, observación directa según la problemática) (p. 105).

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN INFANTO-JUVENIL

El proceso de evaluación infanto-juvenil se rige por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto, sin embargo tiene unas características propias que deben ser consideradas a la hora de conducir dicho proceso. A continuación se resumen algunas de las peculiaridades propias del desarrollo que otorgan a la evaluación infantil un matiz genuino.

En primer lugar, el niño se conceptúa como un ser en continua evolución aspecto que convierte la evaluación en un hecho puntual, por lo que se deberá de prestar una especial atención a la edad, sexo y a su nivel de desarrollo teniendo en cuenta patrones tanto normativos como sociales (Ross, 1987). En el desarrollo evolutivo del niño, la edad es un indicador que junto al tipo de problemas, su frecuencia de aparición e intensidad nos permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición.

En segundo lugar, los padres, por iniciativa propia o por que han sido recomendados por un especialista, acuden a consulta para buscar solución a los problemas de su hijo. Esta decisión no está exenta de problemas. Por ejemplo algunos adolescentes se niegan a asistir al especialista (psicólogo, psiquiatra, etc.) alegando que ellos “no están locos” o sencillamente expresan que no tienen ningún problema y que son sus padres quienes deberían acudir a consulta debido a sus quejas reiteradas. Este aspecto debe de contemplarse en el proceso de evaluación.

Al mismo tiempo que se analiza el motivo de consulta y la fuente inicial de la que ha partido tal decisión, es esencial prestar atención a otro tipo de variables que distintos autores (Nietzel, Bernstein y Milich, 1994) han señalado como relevantes a la hora de que los padres acudan al especialista como: a) sus niveles de tolerancia (p.ej., aquellos que perciben el problema como algo permanente y que no pueden manejarlo acuden más al psicólogo) y b) la existencia de problemas psicológicos en algunos de los padres (p.ej., trastornos depresivos en las madres que tienden a reaccionar y a considerar de mayor gravedad los problemas de sus hijos). En este sentido, se han apuntado diversos aspectos de la relación familiar como responsables de la demanda tales como: problemas de ajuste personal y marital, tipo de percepciones sobre el desarrollo del niño, habilidades sobre solución de problemas y relaciones sociales extrafamiliares (McMahon, 1987). La valoración de toda esta información permitirá al clínico tomar decisiones adecuadas de cara a la intervención, contrastando la información con otros familiares y con el propio niño, si se estima oportuno, para tener una visión global de la realidad familiar en la que tiene lugar el problema consultado.

Una tercera característica es la relativa a la plasticidad propia de la etapa infantil que en ocasiones favorece que se moldeen en el contexto familiar comportamientos inadecuados en el niño como producto de la relación entre los distintos miembros de la familia. En este sentido algunos problemas comunes de comportamiento que muchos niños manifiestan en esta etapa vital pueden convertirse en verdaderos problemas, debido a ciertas prácticas de tipo aversivo o coercitivo (Patterson, 1976; Patterson y cols., 1989) en las que algunos padres se implican, a veces de manera consciente y otras inconsciente, para controlar el comportamiento problema del niño. Un ejemplo de ello es cuando los

padres reaccionan de una forma amenazadora, llegando en ocasiones a la agresión verbal e incluso física, para que el niño obedezca a sus demandas. Este tipo de prácticas provocadas, por la falta de habilidades en el gobierno de los niños, tienen consecuencias a corto y largo plazo, ya que producen que el niño lleve a cabo las demandas que se le exigen, pero si este tipo de prácticas continúan a lo largo del tiempo, pueden modelar y moldear repertorios agresivos en el niño favoreciendo interacciones negativas con enorme desgaste emocional para los miembros de la familia.

La cuarta peculiaridad se refiere al hecho de que los problemas de comportamiento del niño se pueden producir en distintos contextos (p.ej. casa, colegio, etc.). Cuando los problemas se producen en el colegio necesariamente se obtendrá información a este nivel. En función de los objetivos que se persigan esta información puede ser recabada por medio de diversos instrumentos: a través de registros de observación, a través de pruebas estandarizadas, de escalas puntuadas por profesores, etcétera. Sin embargo, no existen reglas claras para decidir a qué personas implicar en un problema determinado, entre otras cosas por la falta de concordancia que se produce cuando obtenemos una valoración de distintas áreas del repertorio infantil por distintas personas y en distintos contextos. Prueba de esta falta de concordancia la muestran diferentes estudios (Achenbach, 1978; Kazdin, 1983). La ausencia de correspondencia entre informantes a hecho que distintos autores defiendan una evaluación multimétodo (Achenbach, 1995; Valero, 1997; Wicks-Nelson e Israel, 1996), en cambio desde otra perspectiva el desacuerdo entre la información recabada de distintos informantes, de distintos contextos y por diversos instrumentos se debe a que se están evaluando dimensiones psicológicas diferentes (Luciano, 1997, Gómez, 1999). La solución propuesta por estos autores no es conducir una evaluación multimétodo, sino obtener un número suficiente de observaciones o informes que proporcionen una muestra amplia del comportamiento en cuantas circunstancias se considere oportuno.

No obstante y en líneas generales, se puede afirmar que son los padres los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema; los profesores son mejores informantes para valorar los problemas de conducta en el contexto escolar; por el contrario muestran serias dificultades a la hora de informar sobre problemas de comportamiento que se producen a nivel privado (interiorizados). Por otro lado, el niño es conceptuado como un mal informador respecto a los cambios en su comportamiento, pero en cambio sería el informador idóneo en problemas relativos a la personalidad (Ezpeleta, 1995a, 1995b; Del Barrio, 1990). Finalmente, los compañeros o amigos del niño serían los informadores idóneos de los problemas de socialización aunque su nivel de discriminación de la cualidad de los mismos es relativa (Del Barrio, 1995).

A partir de estos datos, numerosos autores recomiendan que no se lleven a cabo entrevistas, cuestionarios, autorregistros o cualquier prueba escrita a niños menores de 5 años (Mash y Terdal, 1981) o con edades menores de 10 años (Edelbrock y cols., 1985). Más aún, se plantea que los niños a esta edad no muestran un suficiente autoconocimiento o sensibilidad, ni sobre su propio comportamiento ni sobre las consecuencias del mismo, como para informar de los distintos estados emocionales o pensamientos. Asimismo muchos niños se muestran inaccesibles cuando se le hacen preguntas relativas a cuestiones personales, porque sencillamente se niegan a cualquier información personal o la ocultan. Esta situación puede llegar a empeorarse si el especialista no crea una *rapport* adecuada con el niño o por el contrario crea una relación tan cálida que el niño responde para agradar al evaluador (Del Barrio, 1990). Estas últimas cuestiones plantean otra peculiaridad en la evaluación infantil relativa a las características del evaluador infantil.

Como señalábamos anteriormente, los adultos (padres, profesores, médicos,...) son, en muchas ocasiones, los interesados en solucionar el problema de comportamiento del niño. Este hecho explica la baja motivación del niño a colaborar en el proceso de evaluación y/o de intervención y conlleva a que el evaluador muestre en su repertorio determinadas habilidades para favorecer la cooperación del niño. En este sentido distintos autores (Mash y Terdal, 1981; Luciano, 1997; Gómez, 1999; Rodríguez-Sacristán, 1995) han considerado que un evaluador infantil ha de mostrar las siguientes habilidades y conocimientos: a) conocer las pautas básicas del desarrollo infantil; b) conocer los factores socioculturales y expectativas educativas, demandas y criterios de la familia y del contexto escolar; c) tener habilidades específicas (lúdicas, comunicación, temas infantiles,...) para favorecer la implicación del niño en la evaluación; d) tener habilidades para el manejo de perturbadoras; y e) tener habilidades para crear un ambiente cordial que facilite la adherencia de los adultos a la evaluación.

Por último, otra peculiaridad en la infancia se refiere a que determinadas respuestas fisiológicas expresadas a una variedad de eventos o acontecimientos se confunden a esta edad con problemas estrictamente de comportamiento. Muchos niños no tienen aún formado un repertorio discriminativo que les permita diferenciar entre el malestar físico que padecen y las consecuencias psicológicas que mantienen dicho malestar. Por ejemplo, muchos problemas que aparentemente harían pensar sobre una etiología orgánica (vómitos, dolores abdominales, cefaleas, etc.) pueden ser la manifestación de miedos o angustias causadas por eventos muy variables que se expresan a través de una variedad de comportamientos de evitación: a contextos (negación a acudir al colegio), a tareas (demora a la hora de enfrentarse a ciertas actividades académicas), a personas (evitar la relación con ciertos compañeros de

clase) o a una combinación de los anteriores. En este tipo de problemas de comportamiento el clínico ha de realizar un análisis detallado del caso que le permita averiguar las condiciones en las que se produce el problema, atendiendo más a los aspectos funcionales del comportamiento (antecedentes, consecuencias a corto y largo plazo, etc.) que a sus características estructurales (forma o sintomatología). Por ejemplo, muchos niños expresan su rechazo al colegio (negativismo escolar) mediante lloros, vómitos, quejas abdominales, etc. sin que haya evidencia de una alteración orgánica. Estos comportamientos pueden ser clasificados formalmente de diversas maneras como: fobia específica, fobia social, ansiedad por separación o trastorno por somatización (Lee y Miltenberger, 1996) e incluso en ocasiones, muchos niños que presentan "negativismo escolar" pueden ser agrupados dentro de una misma categoría diagnóstica sin atender a otras características. Desde una perspectiva conductual-funcional sería necesario averiguar las razones a las que cada una de estas manifestaciones o expresiones inadecuadas están respondiendo. Se establecería de esta forma un modo de clasificación funcional que tiene en cuenta más los aspectos de interrelación que los formales. En este sentido se ha desarrollado un modelo (Kearney y Silverman, 1990, 1993) que delimita cuatro posibles funciones respecto al problema de negativismo escolar como: a) evitación del miedo/ansiedad que provocan las situaciones escolares; b) evitación de situaciones sociales aversivas; c) atención de los padres u otros adultos; y d) logro de reforzadores tangibles (TV, juegos, comidas, etc. tanto dentro como fuera de casa). Otros modelos funcionales se han descrito respecto a una variedad de problemas de comportamiento como: a) conductas perturbadoras (Carr y Durrand, 1985, Durrand y Carr, 1991; Luiselli, 1991); b) evitación emocional (Hayes y cols. 1996); c) déficit en el seguimiento de reglas (Luciano, 1992); y d) déficit en la adhesión al tratamiento (Hayes y Follette, 1992).

Además de todas las cuestiones consideradas a la hora de evaluar los problemas de comportamiento infanto-juvenil deben tenerse en cuenta distintos aspectos relativos a la ética del profesional evaluador. En este sentido es fundamental mantener la confidencialidad de la información, reducir el uso de etiquetas diagnósticas dados los efectos iatrogénicos asociados a las mismas, pedir el consentimiento y cooperación del sujeto evaluado; evitar el uso de procedimientos que amenacen la integridad del niño y hacer un uso adecuado de los datos obtenidos de la evaluación. Para una mayor información sobre los aspectos éticos en el proceso de evaluación consúltese (Silva, 1995).

Como conclusión podemos decir que el proceso de evaluación infanto-juvenil tiene un grado de complejidad mayor que la de los adultos en la que destacaríamos dos de los aspectos señalados anteriormente. Por un lado, la carencia de autonomía del niño (incluso para interpretarse como necesitado de ayuda) hace que sean los padres, maestros u otros profesionales quienes valoran la necesidad de intervención; y por otro lado, el acelerado proceso evolutivo, es decir, los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales que acontecen a esta edad, nos obliga a prestar una especial atención a las condiciones familiares, escolares y sociales en las que el niño se desarrolla. Por tanto, y siguiendo a Mash y Terdal (1988) la evaluación de los trastornos de la infancia implica necesariamente realizar una serie de juicios normativos sobre lo que puede constituir: a) una desviación evolutiva; b) una variación en el tipo de comportamiento en relación con el grupo de referencia; c) una adaptación apropiada a una variedad de demandas situacionales y d) una desviación inesperada del curso previsto de evolución individual.

CONCEPCIONES DIAGNOSTICAS EN LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Dos grandes concepciones diagnósticas se han elaborado para la evaluación clínica infantil. Por un lado, estarían los sistemas de clasificación categorial en los que se enmarcaría las distintas versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su última versión DSM-IV (APA, 1994), la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales elaborada por la OMS en su versión más actual ICD-10 y el sistema de clasificación GAP (Group for Advancement of Psychiatric) centrado en los aspectos evolutivos. Por otro lado, se enmarcaría el sistema de clasificación dimensional o estadístico como el sistema de Achenbach (1978) y Quay (1986).

Los procedimientos para la elaboración de los sistemas anteriores son distintos. Los sistemas categoriales se basan en el consenso de expertos, en la revisión de la literatura y en algunos datos a nivel correlacional para establecer los criterios de inclusión y exclusión que determinan la pertenencia de un sujeto a una categoría. En cambio, los sistemas dimensionales se han focalizado en crear sistemas de clasificación de forma empírica para lo cual realizan análisis estadísticos (factorial) de numerosos datos agrupando los síntomas que con mayor probabilidad pertenecen a cada categoría.

El sistema DSM-IV establece el diagnóstico en base a un sistema multiaxial compuesto de cinco ejes, con objeto de incorporar distintos puntos de vista en el diagnóstico de un trastorno. En el eje I se incluyen los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. En este eje se agrupan los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El eje II contempla los trastornos de la personalidad y el retraso mental. En el eje III se incluyen las enfermedades médicas, el eje IV evalúa el estrés psicosocial y el eje V valora el nivel de adaptación en el último año (APA, 1994; p. 28).

Por otro lado, los sistemas dimensionales han establecido tres grandes dimensiones (Achenbach y Edelbrock, 1983) a la hora de agrupar los problemas infanto-juveniles: 1) problemas de externalización como hiperactividad, agresión o delincuencia; 2) problemas de internalización como problemas de personalidad, timidez o ansiedad e inhibición; y 3) mixtos o combinados como problemas sociales, de pensamiento y de atención. Para la obtención de los grupos de trastornos anteriores se han utilizado diferentes instrumentos como la Child Behavior Checklist, el Teacher Report Form y el Youth Self-Report que más abajo pasaremos a comentar.

Las ventajas e inconvenientes de estos sistemas están recogidos por diferentes autores, en este sentido se recomienda al lector consultar (Fernández Parra y Luciano, 1997; Hoghughi, 1992; Achenbach y Edelbrock, 1989; Silva, 1995; Domenech y Ezpeleta, 1995; Vizcarro, 1992; Wick-Nelson, 1997, entre otros).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos. Los clínicos utilizan entrevistas con los padres, test, escalas, etc. y según la problemática (pe. problemas afectivos) entrevistas con el propio niño (Luciano, 1997). Otros profesionales utilizan observaciones realizadas por los padres o el propio niño, y otros una combinación de elementos (Pelechano, 1980). La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características del sujeto (edad, sexo, habilidades cognitivas,...), de la fuente de envío, del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación (Mash y Terdal, 1988). Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta, y otras veces del tiempo disponible (Kessler, 1988, citado en Luciano, 1997).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIAGNOSTICO CATEGORIAL

Dentro del marco categorial es la entrevista, en sus distintas modalidades (estructurada, semiestructurada) el método más común de evaluación (Del Barrio, 1995). La entrevista se realiza a los padres o allegados y a los propios niños, y pueden ser llevadas a cabo por profesionales clínicos o por personas legas que previamente han sido entrenadas independientemente de su orientación teórica (Edelbrock y Costello, 1984; Hodges y Zeman, 1993; Shaffer, 1994; Ezpeleta, 1995, 1997; De la Osa, Ezpeleta, Domenech, Navarro y Losilla, 1996; Hodges, 1993; Gutterman, O'Brian y Young, 1987; Vacc y Juhnke, 1997; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

Al margen del tipo de entrevista que se vaya a utilizar es importante que desde el primer contacto se establezca una adecuada relación terapéutica con los padres para que ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones familiares. Los padres durante la entrevista pueden exagerar o minimizar los problemas de comportamiento de su hijo dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control sobre los problemas de comportamiento del niño. Durante la entrevista inicial es fundamental determinar cuáles son las expectativas y las creencias de los padres sobre el desarrollo y comportamiento problema del niño, así como la influencia de los mismos en la relación familiar. Estos aspectos se deberían tratar y discutir con ellos de una manera clara y natural. Se defiende que el clínico adopte una posición de colaboración más que de superioridad, haciendo uso de un lenguaje comprensible, libre de tecnicismos. En caso de que el clínico opte por una modalidad de entrevista poco estructurada, se recomienda que utilice preguntas abiertas que paulatinamente vayan cerrándose y que preste una especial atención a la forma en la que se interroga a los padres, evitando cualquier comentario que pueda generarles sentimientos de culpabilidad. Todo ello siguiendo una lógica de mínima intrusividad, en la que la evaluación se adapte a las características psicológicas de los padres teniendo en cuenta su nivel de comprensión, su motivación al cambio, etc. En cambio cuando se adopta un protocolo de entrevista estructurada, el entrevistador se ve obligado a interrogar a los padres realizando todas las preguntas contenidas en el protocolo, respetando la estructura y el orden de las mismas. En este tipo de entrevistas no hay oportunidad, al menos en ese momento, de indagar sobre algunos aspectos de la información que se va obteniendo.

Las entrevistas estructuradas han permitido establecer el diagnóstico categorial de una forma precisa, aunque también se han utilizado como: instrumento de *screening* para maximizar la intervención del clínico, instrumento de investigación clínica y como herramienta de apoyo en contextos de salud mental a la hora de enseñar a los clínicos noveles a establecer diagnósticos precisos (Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000).

Las bondades o limitaciones de las entrevistas estructuradas (estudios de validez y fiabilidad) han sido analizados ampliamente y no van a ser contempladas en este trabajo. Para una revisión detallada de las características psicométricas de estos instrumentos se recomienda al lector consultar (Ezpeleta, 1990, 1995; Hodges, 1993; Herjanic y Reich, 1982; Silverman, 1994; Weller, Weller, Fristad y Rooney, 1999; Young, O'Brian, Gutterman y Cohen, 1987).

Dentro de las entrevistas basadas en criterios categoriales podemos señalar dos modalidades en función del grado de estructuración: a) las entrevistas estructuradas (DICA, DISC y CAS) y b) las entrevistas semiestructuradas (ISC, K-SADS) que a continuación pasamos a comentar brevemente.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Herjanic, Herjanic, Brown, y Heatt, 1975).

Es una de las entrevistas estructuradas más utilizada, tanto en el ámbito clínico como en estudios epidemiológicos (Del Barrio, 1995; Ezpeleta, 1990, 1995). Es una de las pocas entrevistas que recoge datos relativos a los primeros años de vida del niño, incluyendo datos de la historia médica, embarazo, nacimiento y desarrollo infantil. Se aplica a niños de 6 a 17 años y existe una versión paralela para padres. Para su aplicación no se necesita una preparación clínica especial, aunque sí un entrenamiento exhaustivo (De la Osa y cols., 1996). El tiempo de aplicación de la entrevista oscila entre 60 a 90 minutos.

La entrevista estructurada DICA consta de distintas partes, una de las cuales está compuesta por ítems que evalúan la presencia o ausencia de síntomas. Otra parte que explora los diversos trastornos, en función de las categorías contenidas en el DSM comprendiendo un total de 18 categorías. Asimismo contiene una parte especial dirigida a los adolescentes, donde se hacen preguntas sobre la conducta sexual, abuso sexual, menstruación y estresores psicosociales. Finalmente, la entrevista consta de una observación de la conducta del sujeto durante el transcurso de la entrevista. La valoración final de la escala recoge la presencia, ausencia y duración del síntoma.

La entrevista ha recibido sucesivas revisiones en función de los cambios experimentados en las distintas versiones DSM. Su última adaptación se ha desglosado en tres versiones. DICA-R-C (6-12 años), DICA-R-A (13 a 17 años) y DICA-R-P (versión para padres) que se sustentan en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Reich, Shayka y Taibleson, 1991; citado en Ezpeleta, 1995). A su vez en esta versión se ha incluido la categoría de trastorno por estrés postraumático, la valoración de la severidad del trastorno y un elemento más, consistente en evaluar no sólo al sujeto objeto de estudio sino a los miembros de la familia cuyas edades estén comprendidas entre los 6 a 17 años.

Existe una adaptación de esta entrevista para población española (Ezpeleta y cols., 1997).

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello y cols., 1984)

Es una entrevista altamente estructurada diseñada para realizar diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-III-R. Comparte los mismos criterios diagnósticos de base que la entrevista estructurada especificada anteriormente. Se ha utilizado tanto en investigación clínica como en epidemiológica. Puede ser administrada por entrevistadores legos previamente entrenados. Se aplica a niños (DISC-C) con edades comprendidas entre los 6 a los 17 años, aunque también existe una forma para padres (DISC-P). La entrevista con el niño puede aplicarse en una única sesión de una hora, mientras que la entrevista con los padres dura entre 60 a 90 minutos. Las preguntas se responden en forma dicotómica (sí/no; verdadero/falso) aunque también existen preguntas sobre la edad de comienzo del problema, en las que se especifica la frecuencia, la duración y la intensidad del problema referidas al último año. Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno y un índice global de la psicopatología del niño.

Interview Schedule for Children (ISC) (Kovasc, 1978)

La ISC es una entrevista semiestructurada compleja para cuya aplicación es necesario el profesional acredite experiencia clínica. Es aplicable a niños de 8 a 17 años, aunque existe una forma paralela para los padres. Valora los síntomas de afecto, cognición, funciones vegetativas y expresiones conductuales de humor experimentados en las dos últimas semanas y las conductas perturbadoras se valoran en los últimos 6 meses. Asimismo, se valora el estado mental actual del niño y finalmente se realiza una observación directa de la conducta durante la aplicación de la entrevista (Ezpeleta, 1990; 1995).

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (Puig Antich y Chambers, 1978)

Es una entrevista semiestructurada cuya aplicación requiere una amplia experiencia clínica con un conocimiento exhaustivo de los criterios incluidos en el DSM-III-R (Ezpeleta, 1995; Del Barrio, 1995). Es aplicable a niños de entre 6 a 17 años y como las anteriores entrevistas consta de una forma paralela para padres. Es una de las entrevistas utilizadas para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes. Contiene preguntas que valoran la psicopatología percibida del niño en el último año. Asimismo se recogen datos sobre el comienzo, la duración, la intensidad y la existencia de algún tipo de tratamiento. También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana.

El clínico entrevista primero a uno de los padres y a continuación al niño para efectuar a continuación una valoración global a partir de toda la información de la que disponga, incluida la referida al contexto escolar. La duración aproximada de la administración de la entrevista es de 90 minutos, que variará en función del número de preguntas que el clínico estime oportunas realizar para tener una visión completa de los síntomas presentes en el caso.

Existe una traducción española de esta entrevista (Vizcarro y cols., 1986)

Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS, Weller y cols., 1985; Weller y cols. 2000)

La Children's Interview for Psychiatric syndromes (ChIPS) es una entrevista altamente estructurada, basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y desarrollada para establecer el diagnóstico en sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años y que muestren un CI mayor o igual a 70 (Weller y otros, 2000).

La entrevista está compuesta de tres secciones. La primera sección del protocolo contiene diversas preguntas relativas a la: descripción del motivo de consulta y el lugar en que se produce (casa, colegio, con compañeros), relación familiar y responsabilidades del niño en el hogar, relación y rendimiento escolar, relación con sus compañeros y tratamientos previos. La segunda sección pretende recabar información sobre los 20 trastornos incluidos en el Eje I, excepto retraso mental, problemas de aprendizaje (lectura, escritura, etc.) y problemas de personalidad. En cada trastorno se especifica el comienzo de los síntomas, la duración y el deterioro o nivel de interferencia a tres niveles en casa, en el colegio y/o en la relación con sus compañeros. La tercera sección se obtiene información sobre estresores psicosociales a dos niveles: abuso y abandono infantil, y otros estresores en general (clima familiar, problemas económicos, problemas familiares y extrafamiliares, etc.).

Las preguntas relativas a los trastornos están diseñadas en formato de árbol, de modo que si el sujeto responde de forma negativa a las preguntas principales, el entrevistador pasará a la siguiente sección. En cambio, las preguntas relativas a las secciones de los estresores psicosociales se deberán realizar de forma íntegra.

En general esta entrevista comparte ciertas características con las anteriores, aunque según indican sus autores, se han incorporado algunos cambios para facilitar su aplicación. Pasamos a continuación a señalar algunas de sus características: a) está diseñada para ser administrada por entrevistadores legos que previamente hayan sido entrenados; b) las preguntas están formuladas en un lenguaje sencillo con un formato de estructura corto, a fin de favorecer la comprensión de las preguntas y la cooperación del sujeto, c) existe una única versión para niños y/o adolescentes y una versión paralela para padres; d) diferentes estudios han mostrado la validez del instrumento en sus dos versiones (Teare y cols., 1998a; Teare y cols., 1998b; Fristad y cols., 1998a; Fristad y cols., 1998b; Fristad y cols., 1998c); e) puede ser administrada en cualquier contexto; y f) el tiempo de administración es relativamente breve, entre 20 a 50 minutos, característica que es de destacar frente al tiempo invertido en otras entrevistas.

La entrevista estructurada (ChIPS) puede ser utilizada para múltiples objetivos: a) como instrumento de registro (screening); b) como medio de contrastar la eficiencia del clínico; c) como herramienta para establecer un diagnóstico psiquiátrico en estudios de investigación clínica; y d) como instrumento para establecer el diagnóstico psiquiátrico en profesionales de la salud mental.

Además de las entrevistas que han sido expuestas, existen otro tipo, aunque no pueden ser incluidas en una evaluación de tipo categorial, pueden utilizarse al comienzo de todo proceso evaluativo. En concreto nos referimos a las entrevistas biográficas o anamnésticas tales como: a) Pauta de entrevista para padres (Pelechano, 1980); b) Información diagnóstica general (Capafons y cols., 1986); c) Entrevista evolutiva (García Marcos, 1983); d) Children's Personal Data Inventory (Shaywitz, 1982); e) Prediagnóstico infantil para padres (Izquierdo, 1982). Los principales ámbitos que suelen contemplar este tipo de entrevistas son: a) descripción sobre el desarrollo del embarazo, parto y periodo post-natal; b) desarrollo de habilidades en relación a la edad; c) historia médica; d) historia y características familiares; e) habilidades interpersonales; f) historia educativa; g) desarrollo sexual; y g) historia laboral.

La entrevista biográfica debe hacerse con los padres, con el niño en solitario y con el niño y padres juntos, preferentemente empezando por la entrevista conjunta. Cuando el niño es menor de seis años la entrevista individual suele sustituirse por una observación de conducta en situación real o por la aplicación de técnicas de representación de papeles.

A continuación pasamos a describir de forma breve las dos primeras entrevistas.

Pauta de entrevista para padres (Pelechano, 1980)

Consta de 78 cuestiones que pueden ser recogidas por el entrevistador o bien contestadas directamente por los padres. Se divide en seis apartados, dividiéndose a su vez en distintos subapartados. Los apartados generales de la entrevista de recepción son los siguientes: identificación del

niño y del centro escolar, identificación de las relaciones familiares (comportamientos afectivos), condiciones de vida dentro de la familia (métodos educativos), exploración del problema, ordenación de los problemas y confirmación de los padres para la intervención. El tiempo invertido en la aplicación de esta entrevista es aproximadamente de 60 minutos.

Información diagnóstica general (Capafons y cols., 1986)

Es una entrevista estructurada que recoge información para la anamnesis y el diagnóstico psicopatológico y que puede ser contestada por los padres o por el profesor del niño. Consta de 59 cuestiones elaboradas de forma cerrada en la que se recaba información sobre datos de identificación y sociodemográficos, sobre las características del niño (entre 8 a 15 años) en distintos ambientes, sobre la interacción familiar, sobre los métodos educativos utilizados por los padres y sobre el desenvolvimiento del niño en el área escolar. Las preguntas y las posibilidades de respuesta se presentan con un vocabulario fácil que probabiliza una mayor comprensión de las mismas. No requiere una formación específica y es posible completarla durante una entrevista abierta. El tiempo dedicado a su aplicación puede variar de 30 a 45 minutos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN EL SISTEMA DIMENSIONAL

Desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento inadecuado o perturbador como un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco agrupan: inventarios, escalas y cuestionarios, que son aplicados a los padres, maestros o al propio niño o a otros adultos que conozcan al niño. Cada uno de ellos responde a formatos distintos. Así, los cuestionarios están constituidos por ítems en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder. Los inventarios (checklist) son reactivos que están formulados en forma de listado y recogen las respuestas en forma dicotómica (presente/ausente, si/no; adecuado/no adecuado; etc.). Las escalas (rating scale) recogen las respuestas a un grupo de reactivos en base al grado de apreciación (nada....mucho; 0...5; etc.). En general, este tipo de instrumentos son fáciles de aplicar, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador. Se suelen utilizar antes y después de la intervención a fin de evaluar los cambios experimentados.

A continuación vamos a describir algunos de los instrumentos elaborados a partir del análisis factorial y el análisis de cluster, principales técnicas estadísticas empleadas en su construcción. Este listado no pretende ser exhaustivo por lo que se recomienda consultar para una revisión más detallada los siguientes trabajos (Del Barrio, 1995; Maganto, 1995; Achenback y Edelbrock, 1986; McConaughy, 1992; entre otros muchos). Asimismo, en este artículo no hace alusión a las ventajas y limitaciones de estos instrumentos, para ello consúltese (Achenback y Edelbrock, 1975; Wicks-Nelson e Israel, 1997; Achenback, 1995; Fernández Parra y Luciano, 1997; Luciano, 1989; Mash y Terdal, 1981).

Behavior Problem Check-list (Quay, 1977; Quay y Peterson, 1979, 1987 y revisada por Quay y otros en 1983)

Este listado de problemas de conducta está dirigido a la evaluación de la psicopatología infantil. Está compuesta por 55 ítems que se puntúan en una escala de 3 puntos (0-2) respecto a la severidad del problema. Puede ser completada por padres, profesores y otros informantes que tengan un conocimiento amplio del repertorio del niño. Se aplica para conocer el repertorio de niños con una edad comprendida entre los 5 a 16 años. La puntuación se agrupa en cuatro factores empíricos: problemas de conducta, problemas de personalidad, inadecuación-inmadurez y delincuencia socializada. Los índices de fiabilidad y validez son adecuados, aunque sólo se focaliza en los problemas de comportamiento y no en el repertorio positivo o adecuado del niño.

Child Behavior Check-list (CBCL, Achenback, 1978; Achenback y Edelbrock, 1985)

Este listado registra un amplio conjunto de conductas adaptativas y conductas problema de niños cuyas edades están comprendidas entre los 4 a los 16 años. Existe una versión para padres y otra para maestros (TRF, Achenback y Edelbrock, 1986) y se puede utilizar tanto con población clínica como normal. Las respuestas se contestan en una escala de 3 puntos (0-2) que refleja la gravedad y la frecuencia de los comportamientos. El grado de especificación de los ítems varía desde los más específicos (p.ej., prende fuego, roba en casa) hasta otros menos específicos (p.ej., miedo a los propios impulsos). Se han establecido tres grupos de trastornos: de externalización (hiperactividad, agresividad, delincuencia y otros problemas), de internalización (depresión, incomunicación, obsesión-compulsión, quejas somáticas, aislamiento social y esquizofrenia) y los de tipo combinado o mixto en los que se englobaría problemas de tipo sexual y aislamiento social. La puntuación se puede visualizar en un perfil individual que compara los repertorios del niño con los patrones normativos en función de la edad y el sexo.

Las características psicométricas de la escala son adecuadas: fiabilidad test-retest (Achenbach y Edelbrock, 1983), validez concurrente (Mash y Johnson, 1983) y validez discriminante (Barkley, 1988). Asimismo, se ha señalado su utilidad clínica tanto para la delimitación de problemas como para la valoración de los resultados de la intervención (Barkley, 1988).

Existen datos normativos para distintos periodos de edad y sexo y para población española (Del Barrio y Cerezo, 1993 a, 1990b; Moreno y Del Barrio, 1991). Asimismo existe una versión hispanoamericana del CBCL y el TRF (Rubio-Stipec et al., 1990).

Conners Teachers Rating Scale y Conners Parent Rating Scale (Conners, 1969; Conners, 1973, respectivamente)

La escala para maestros fue creada para evaluar los resultados de terapias farmacológicas sobre el trastorno de hiperactividad (Del Barrio, 1995). Esta escala consta de 39 ítems que se evalúan en una escala de 0-3. Las propiedades psicométricas de esta prueba han resultado adecuadas (Conners, 1973; Kazdin, 1983).

La escala para padres se construyó a partir de la anterior y consta de 93 ítems que se contestan en una escala de 0 a 3. Esta escala ha recibido varias modificaciones, aunque la primera versión muestra unas características psicométricas más adecuadas (Conners y Barkley, 1985).

Existe una [escala abreviada \(Abbreviated Teacher Questionnaire, Conners, 1973\)](#) que al igual que las anteriores fue utilizada en distintas instituciones norteamericanas para la evaluación del salud mental infantil (Valero, 1997; Maganto, 1995). Esta escala cuenta con sólo 10 ítems que se usan para la evaluación de la hiperactividad. No obstante, muestra adecuadas propiedades psicométricas, por lo que su utilización es cada vez mayor dado su fácil aplicación y su bajo coste.

Youth Self Report (Achenbach y Edelbrock, 1987)

Es una escala compuesta por 120 ítems referidos a adaptación social (17) y problemas de conducta (103) cuyo contenido es parecido al Child Behavior Checklist (CBCL de Achenbach) y se aplica a adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años. Las respuestas se recogen en una escala de 0-2. Los índices de fiabilidad y validez son adecuados.

Existe una prueba piloto adaptada a población española con adecuados resultados de validez (Lemos y cols., 1992a; Lemos y cols., 1992b).

Los instrumentos que acabamos de exponer dentro de la perspectiva dimensional comparten la característica de que los ítems se agrupan dando lugar a distintos factores, lo que nos permite valorar la psicopatología infanto-juvenil en una pluralidad de dimensiones. No obstante, existen una serie de instrumentos que permiten evaluar una sola dimensión del repertorio del niño y del adolescente. Este tipo de instrumentos, en los que se incluirían cuestionarios, escalas o inventarios, se utilizan para valorar el comportamiento tanto a nivel privado (estado emocional, autoconcepto, etc.) como público (hiperactividad, delincuencia, etc.). Vamos a describir a continuación algunos de ellos.

Children's Manifest Anxiety Scale (Castañeda y cols., 1956)

Esta escala valora los síntomas de ansiedad como rasgo. Se puede aplicar a sujetos cuya edad esté comprendida entre los 6 a los 19 años. Las respuestas se recogen en un formato dicotómico verdadero/falso. La escala se puede utilizar siempre que el niño muestre un nivel de comprensión lectora adecuado, si bien el clínico puede leer los ítems al niño y anotar a continuación sus respuestas.

Las propiedades psicométricas de la escala son adecuadas. Existe una versión adaptada a la población española (Sosa y cols., 1993).

Escala de depresión para niños (Tisher y Lang, 1987)

Es una escala que registra una variedad de comportamientos: problemas afectivos, problemas sociales, autoestima, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, sentimientos de culpa y comportamientos depresivos. Consta de un total de 66 ítems. Puede ser contestada tanto por el niño como por los padres. Las respuestas son clasificadas por el sujeto en una escala de cinco puntos, desde 1 –muy en desacuerdo- a 5 –muy de acuerdo-. Los índices de fiabilidad (test-retest) y los de validez (convergente) son adecuados.

Existe una versión de la escala en español (Seisdedos, 1987).

Batería de socialización (Silva y Martorell, 1987)

Esta batería está compuesta por un conjunto de escalas para evaluar la conducta social. Cada una de las formas que la componen puede ser contestada por profesores, padres y por el propio niño (6-15 años). Se obtienen una serie de factores relativos a la socialización, unos de carácter positivo (autocontrol social, liderazgo, etc.), y otros negativos (agresividad, ansiedad, etc.).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN BASADOS EN LA OBSERVACIÓN

La observación ha sido el método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas (Silva y Moro, 1994). El registro preciso de conductas específicas y la toma de decisiones en base a los datos registrados, más que sobre la base de impresiones subjetivas, ha sido una de la mayores contribuciones al análisis de conducta (Martin y Pear, 1999). Dado que los problemas infantiles ocurren en distintas situaciones, la observación sería la técnica por excelencia para recoger de modo directo no sólo los comportamientos objeto de interés sino las condiciones en las que ocurren. En este sentido mediante el registro se pueden recoger distintos elementos que son fundamentales para realizar el análisis funcional de la conducta problema y generar a partir de esta información las hipótesis oportunas de cara a la planificación del tratamiento. Así mediante el registro se recogen datos sobre las condiciones o eventos disposicionales (Michael, 1988) (antecedentes y contexto), los distintos parámetros de la respuesta, las relaciones de contingencia, etc. Asimismo, el registro de observación se puede llevar a cabo en un contexto estructurado (clínico o de laboratorio) o bien en un contexto más abierto, como las distintas situaciones que se pueden presentar en el hogar y en el aula.

No obstante, la observación como instrumento de evaluación no está exenta de múltiples limitaciones de las que podríamos destacar las siguientes (Silva, 1989): la reactividad que puede producir tanto en el comportamiento del sujeto observado como en el observador, la baja fiabilidad entre observadores y el propio sesgo del observador que repercute en la distorsión de los datos. Para suplir este tipo de déficit se han recomendado distintas estrategias: a) elaborar sistemas de observación que incluyan conductas específicas, donde se defina claramente la conducta a registrar, los parámetros, situaciones y momentos; b) seleccionar un número limitado de conductas para facilitar la observación; c) usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes; d) invertir cierto tiempo para permitir la adaptación del niño a las condiciones de observación y e) evitar los sesgos del observador, procurando que no tenga información sobre los objetivos del estudio y recibiendo entrenamiento previo en la aplicación del registro.

A continuación se van a describir algunos de los métodos de registro dirigidos a la evaluación de problemas de comportamiento infantil. En primer lugar se describirán algunos sistemas dirigidos a evaluar la interacción entre padres e hijos en el contexto de casa. Seguidamente se mostrarán algunos registros elaborados para la evaluación del comportamiento infantil en el contexto escolar.

Family Interaction Coding System (Patterson y cols., 1969; 1975)

Es uno de los sistemas de codificación clásicos, elaborado para el estudio de las interacciones familiares, y aplicado posteriormente al contexto escolar y de laboratorio (LaGreca y Stone, 1992). Consta de 28 categorías de conductas que son registradas, como existentes o no, en periodos de una hora y en intervalos de 30 segundos. Este sistema permite registrar secuencias de conducta entre el niño y otros adultos, procediendo de la siguiente forma. Primero, se registra el número de conductas apropiadas e inapropiadas del niño en cada intervalo. Segundo, se comparan con los patrones de comportamiento mostrados por otros niños. Tercero, se analiza el tipo de interacción con el adulto especificando los factores del contexto que se suponen a la base del inicio del comportamiento problema.

Existe un sistema de registro de problemas de conducta infantiles en su interacción con los adultos adaptado al español denominado SOC-III (Sistema de observación para la evaluación de las interacciones familiares, Cerezo, 1991). Los periodos de observación con este sistema oscilan de 30 minutos a una hora, en intervalos de 15 minutos. Existen dos versiones para aplicar el registro, una manual y otra mecánica. La aplicación de este sistema requiere un entrenamiento exhaustivo de los observadores lo que contribuye a adecuados índices psicométricos.

Parent Daily Report (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975)

Este procedimiento facilita la recogida de información ya que son los padres, previo entrenamiento, los que observan y registran ciertas conductas del niño. Una ventaja de este sistema es que permite evaluar conductas de baja frecuencia. Normalmente este instrumento se utiliza a través de llamadas telefónicas. Por ejemplo, se pregunta a los padres cuáles de las 31 conductas desadaptativas del niño han tenido lugar en las últimas 24 horas, detallando el lugar donde hayan ocurrido. Esta técnica se ha utilizado como medida de pretratamiento, para comprobar el progreso de la familia durante el tratamiento y evaluar los resultados del mismo.

Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (Robinson y Eyberg, 1981)

Este sistema permite registrar distintas conductas, así como las interacciones entre la diada padre-hijo. Consta de 22 ítems para padres e hijos con referencia a los padres y 19 ítems con referencia a los hijos (Silva y Moro, 1994). Los estudios realizados muestran índices de fiabilidad y validez adecuados, al comparar un grupo de niños con problemas de comportamiento con un grupo control.

Cuando el interés del investigador o del clínico es registrar la conducta en el contexto del aula han de tenerse en cuenta diversos factores como: el tipo de grupo, la asignatura, la situación física del mobiliario, la edad y el nivel académico de los alumnos, la forma en la que se lleva a cabo el cambio de clase, etc. (Silva y Moro, 1994). Es importante realizar previamente una selección de los periodos de observación, a fin de obtener una muestra representativa de las conductas objeto de estudio. En este sentido, se han elaborado numerosos sistemas para registrar diversos aspectos del comportamiento inadecuado en el aula. Uno de estos registros es el sistema de observación de comportamientos escolares de O'Leary y Wilson (1975) cuyo objetivo es registrar diferentes comportamientos inadecuados del alumno como: estar fuera del pupitre, distracciones fuera de la tarea, dar voces, etc.

Otro sistema es el formato desarrollado por Abikoff y cols., (1977) con objeto de evaluar en el aula el comportamiento de niños diagnosticados con hiperactividad. Este sistema puede ser utilizado para valorar el comportamiento de niños con edades comprendidas entre los 6 a los 12 años. Los alumnos seleccionados son observados en el aula en periodos de 4 minutos, durante las explicaciones del profesor, en diversas tareas escolares, etc. El sistema contiene 14 categorías de registro (comportamiento fuera de tarea, desobediencia, agresión física, etc.). Este sistema muestra adecuados índices de fiabilidad y discrimina entre niños diagnosticados con hiperactividad de los "normales", aunque los autores mencionan que el diagnóstico no se base exclusivamente en los datos obtenidos por el código de observación sino que se contraste con la información proporcionada por padres y profesores.

Existen distintos sistemas para la observación de comportamientos problemáticos en situaciones estructuradas. Tal es el caso del sistema denominado Behavioral Assertiveness Test for Children de Bernstein y cols. (1980) y el Compliance Test de Forehand y McMahon (1981). El primero desarrollado para evaluar conductas de retraimiento y de agresividad en la escuela, con niños de 8 a 12 años.

El sistema estandarizado de observación Compliance Test se ha utilizado para registrar el comportamiento desobediente del niño en el contexto clínico. En una situación controlada se anima a los padres para que interactúen con su hijo, implicándose en tareas de juego o educativas. Por ejemplo se les pide a los padres que indiquen a su hijo que ordene la habitación después de jugar, la forma en cómo los padres dirijan sus peticiones serán interpretados como uno de los patrones típicos de interacción (Matson y Beck, 1981; citado en Valero, 1997). En este contexto se procede a registrar el número de instrucciones y el cumplimiento de las mismas, la aparición o no de consecuencias, las habilidades de los padres para manejar al niño, etc.

Independientemente del tipo de registro que podamos utilizar (con mayor o menor estructuración) no siempre es fácil llevar a cabo una observación de las interacciones diarias en la escuela o en el hogar, por razones obvias. En muchas ocasiones aparecen dificultades que impiden usar esta técnica de registro como la cantidad de tiempo que se requiere para entrenar a los observadores, etc. Como consecuencia de ello, se recomienda el uso de observaciones estructuradas en la clínica para evaluar las interacciones padres-hijo. No obstante, aunque sea posible obtener datos a este nivel, no se debería excluir la información extraída mediante otros procedimientos, ni a la inversa.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se han revisado distintos aspectos sobre las peculiaridades de la evaluación en la infancia y la adolescencia. Asimismo, se han revisado los distintos tipos de instrumentos disponibles señalando en cada caso las traducciones y adaptaciones realizadas al castellano.

A la hora de conducir una evaluación clínica del comportamiento problema infanto-juvenil se aboga por la selección de aquellos instrumentos que proporcionen al profesional una adecuada información y se ajuste a las características psicológicas de los padres y a las condiciones (tiempo, personal, etc.) en las que se produce la demanda.

La evaluación es un proceso de decisión, en la que desde el primer momento el clínico debe de valorar quienes van a participar en la evaluación, qué instrumentos se van a utilizar y cómo se va a llevar a cabo. Es decir, en una evaluación del comportamiento clínico infantil no se debería proceder de una forma poco reflexiva haciendo un uso sistemático de múltiples informantes, de contextos y de

instrumentos (Ollendick y Hersen, 1984). Más bien, se trataría de recabar información –mediante entrevista- de una amplia gama de los comportamientos objeto de queja y de los comportamientos positivos del niño, de los parámetros de respuesta inadecuada, analizando las posibles clases funcionales, etc. Todo ello unido a la información del funcionamiento general del niño en las distintas áreas que se supongan relacionadas con el problema, información específica en los diferentes contextos en los que se manifiesta y las relaciones de contingencia establecidas e información del nivel de implicación de los padres valorando sus creencias y expectativas sobre el comportamiento del niño. Estos últimos datos podrían ser obtenidos mediante distintos métodos abiertos o semiabiertos, en los que se haría uso de la observación en función de la problemática consultada, de la disponibilidad de personas en el contexto natural y del tiempo disponible.

La síntesis de la información anterior integraría el juicio diagnóstico en el que se evitará el etiquetaje del sujeto, a menos que sea una exigencia legal, en cuyo caso, tras una descripción detallada de la información recabada en la evaluación, se asignará la etiqueta que menos perjudique al sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R. Y Klein, D.F. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 772-783.
- Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile, I: Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.
- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1985). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1986). *Manual for teacher version of the Child Behavior Checklist and Child Behavior Profile*. Burlington, Vermont: Author.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. y Howell, C.T. (1987) Child/Adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 2, 213-232.
- APA (1987). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- APA (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R.A. (1988). Child behavior rating scales and checklist. En M. Rutter, A.H. Tuma y I.S. Lann (eds.) *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. David Fulton Publisher. London.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1980) *Introduction of Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill. (Traducción al castellano en 1982; Méjico: Trillas).
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1976). *Psicología del desarrollo infantil. La etapa básica de la niñez temprana*. Vol. 1. México: Trillas.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). La información diagnóstica general: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 3, 13-45.
- Carr, E.G. y Durand, V.M. (1985). Reducing behavior problemas through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- Castañeda, A., McCandless, M.S. y Palermo, D.S. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27: 317-326.
- Cerezo, M.A. (1991). *Interacciones familiares: Un sistema de evaluación observacional*. Madrid: MEPSA.

- Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use with drug study children. *American Journal of Psychiatric*, 127: 884-888.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacological Bulletin*, 24-29 (número especial).
- Conners, C.K. y Barkley (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacological Bulletin*, 21: 809-815.
- Costello, A.J., Edelbrock, C.S., Dulcan, M.K., Kalas, R. Y Klaric, S.H. (1984). *Report on the NIMH Diagnostic Interview schedule for Children (DISC-C)*. Washintong, DC: National Institute of Mental Health.
- De la Osa, N., Ezpeleta, Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 2, 359-368.
- Del Barrio, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 6, 2, 171—209.
- Del Barrio, V. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva (ed). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Del Barrio, V. y Cerezo, M.A. (1990). *Baremos del Child Behavior Check-List (CBCL) de Achenbach en niños españoles (6-11 años)*. Barcelona: VIII Congreso Nacional de Psicología de la SEP.
- Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Durand, V.M. y Carr, E.G. (1991). Functional communication training to reduce challenging behavior: Maintenance and application in new setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 251-264.
- Edelbrock, C.S. y Costello, A.J. (1984). Structured psychiatric interviews for children and adolescents. En G. Goldstein y MHersen, *Handbook of Psychological Assessment* (pp. 276-290) New York: Pergamon.
- Edelbrock, C.S., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Kalas, D. y Conover, N. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the chil. *Child Development*, 56, 265-275.
- Eikeseth, S. y Lovaas, O.I. (1992). The autistic label and its potentially detrimental effect on the child's treatment. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 23, 3, 151-157.
- Ezpeleta, L. (1990). Entrevistas estructuradas para la evaluación de la psicopatología infantil. *Evaluación Psicológica*, 6, 1, 33-64.
- Ezpeleta, L. (1995a). Las entrevistas estructuradas en el diagnóstico psicopatológico infantil. En J. Rodríguez (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997a). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psicothema*, 9, 3, 529-539.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997b). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents—DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Júdez J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995b). Diagnostic Interview for Children and Adolescents—DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Parra, A. y Luciano, M.C. (1997). Clasificación de las alteraciones psicológicas en la infancia. En M.C. Luciano (ed), *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- García Marcos, J.A. (1983). La entrevista. En R. Fernandez Ballesteros (ed): *Psicodiagnóstico*. Madrid: Uned.

- Gómez, I. (1999). *Psicopatología Infantil*. Proyecto docente. Universidad de Almería.
- Gutterman, E.M., O'Brien, J.D. y Young, J.G. (1987). Structured diagnostic interviews for children and adolescents: Current status and future direction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 621-630.
- Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification?, *Behavioral Assessment*, 14, 345-365.
- Hayes, S.C., Wilson, K., Gifford, E. y Follette, W.C. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1152-1168.
- Herjanic, B. y Herjanic, M., Brown, F. y Heatt, T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between parent and child on individual symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 49-68.
- Hodges, K. Y Zeman, J. (1993). Interviewing. En T.H. Ollendick y M. Hersen (EDS), *Handbook of child and adolescent assessment*, 65-81. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Izquierdo, A. (1982). *Prediagnóstico infantil. Cuestionario para padres*. Madrid: TEA.
- Kazdin, A.E., Esveltd-Dawson, K. y Loar, L.L. (1983). Correspondence of teacher ratings and direct observations of classroom behavior of psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11: 549-564.
- Kearney, C.A. y Silverman, W.K. (1990). A preliminary analysis of functional model of assessment and treatment for chool refusal behavior. *Behavior Modification*, 14, 340-366.
- Kearney, C.A. y Silverman, W.K. (1993). Measureng the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 85-96.
- Kessler, J.W. (1988). *Psychopathology of Childhood*. (2ªEd) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Kovacs, M. (1978). *The interview schedule for children (ISC): Form C and the follow-up form*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute, Pittsburgh.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P. y Menendez, P. (1992a). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883-903.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P. y Menendez, P. (1992b). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica y Salud*, 2, 183-194.
- Luciano, M.C. (1989). *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. Granada: Universidad de Granada.
- Luciano, M.C. (1997). *Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia*. Valencia, Promolibro.
- Luiselli, J.K. (1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders, *Behavior Modification*, 3, 294-309.
- Maganto, C. (1995). Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En J. Rodríguez (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Mash, E. y Johnson, C. (1983). Parental perception of child behavior problems, parenting, self-esteem and mother-reported stress in younger and older hyperactive and normal chlidren. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 80-99.
- Mash, E. y Terdal, L. (1981). *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.

- Mash, E. y Terdal, L. (1988). *Behavioral assessment of childhood disorders* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Matson, J.L. y Beck, S. (1985). Assessment of children in inpatient setting. En M. Hersen y A.S. Bellack (eds.) *Behavioral assessment. A practical handbook* (2ª ed.) (pag. 535-565). New York: Pergamon Press.
- McConaughy, S.H. (1992). Objective assessment of children's behavioral and emotional problem. En C.U. Walker y M. C. Roberts (1992). *Handbook of clinical child psychology* (2ª ed.). Nueva York : A Wiley-Interscience Publication.
- McMahon, R.J. (1987). Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families, *Behaviidad entre entrevistadores de la DICA-R. Psicothema*, 8, 359-368.
- Osa, N. de la, Júdez J., Ezpeleta, L., J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clínica y Salud*, 7, 181-194.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- CIE-10: *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- O'Leary, K.D. y Wilson, G.T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Osa, N. de la, Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, B. y Losilla, J.M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- Osa, N. de la, Júdez J., Ezpeleta, L., J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clínica y Salud*, 7, 181-194.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G.R., Ray, R.S., Shaw, D.A. y Cobb, J.A. (1969). Manual for coding family interactions. Available from ASIS National Auxiliary Publication Service, New York.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R. y Conger, R. (1975). *A social learning approach to family intervention: Families with aggressive children* (vol.1). Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 2, 329-335.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Puig-Antich y Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children* (Kiddie SADS). New York State Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.
- Quay, H.C. (1977). Measuring dimension of deviant behavior: The Behavior Problem Checklist. *Journal of Abnormal Psychology*, 5: 277-288.
- Quay, H.C. (1986). Classification. En H.C. Quay y J.S. Werry (ed), *Psychopathological disorders of childhood* (3ª ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Quay, H.C. y Peterson, D.R. (1979). *Manual of the Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, Florida: University of Miami.
- Quay, H.C. y Peterson, D.R. (1983). *Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, Florida: University of Miami.
- Quay, H.C. y Peterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. University of Miami (manuscrito no publicado).

- Reich, W., Shayka, J. y Taibleson, Ch. (1991). Dica-R DSM-III versión. Unpublished manuscript. Washington University, Division of Child Psychiatric. St. Louis.
- Robinson, E.A. y Eyberg, S.M. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standarization and validation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 271-280.
- Rodriguez-Sacristán, J. (ed). (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Manuales Universitarios.
- Romero, J.F. (1988). *Trastornos del aprendizaje. Teoría y prácticas de trastornos del lenguaje e hiperactividad*. Málaga: Servicio de Publicaciones: Universidad de Málaga.
- Ross, A. (1987). *Terapia de conducta infantil. Principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Limusa.
- Seisdedos, N. (1987). *Cuestionario A-D. Conductas antisociales-Delictivas*. Madrid: TEA.
- Shaffer, D. (1994). Structured interviews for assessing children. *Journal of Children Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 35, 783-784.
- Shapiro, E.S. y Kratochwill, T.R. (1988). *Behavioral Assessment in Schools. Conceptual Foundations and Practical Applications*. Nueva York: The Guilford Press.
- Shaywitz, S.E. (1982). The Yale neuropsychoeeducational assessment scales. *Schizophrenia Bulletin*, 8: 360-424.
- Silva, F. (1981). Evaluación de las alteraciones conductuales en niños. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobles (Eds): *Evaluación Conductual*. Pirámide: Madrid.
- Silva, F. (1982). *Evaluación conductual: Aplicaciones clínicas y educativas*. Valencia: Psique.
- Silva, F. (1986). La entrevista. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobles (Eds): *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1992). La entrevista. En R. Fernández Ballesteros (eds) *Introducción a la evaluación psicológica* (Tomos I y II). Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1995). Cuestiones introductorias. En F. Silva (Ed): *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (1987). Cuestionario I-6 (Junior): Adaptación española. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 3: 55-78.
- Silva, F. y Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernandez-Ballesteros (dir): *Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Silverman, W.K. (1994). Structured Diagnostic Interviews. En T.H. Ollendick, N.J. King y W. Yule. *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Sosa, C.D., Capafons, J.L., Flores, P., Navarro, A.M. y Silva, F. (1993). Escala de ansiedad infantil, AI. En F. Silva y M.C. Martorell (dirs), *Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil*. Madrid: Mepsa.
- Teare, M; Fristad, M.A.; Weller, E.B.; Weller, R. A.; Salmon, P. (1998a). Study I: Development and criterion validity of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal-of-Child-and-Adolescent-Psychopharmacology*.; Vol 8(4): 205-211.
- Teare, M; Fristad, M.A.; Weller, E.B.; Weller, R. A.; Salmon, P. (1998a). Study II: Concurrent vailidity of the DSM-III-R Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal-of-Child-and-Adolescent-Psychopharmacology*.; Vol 8: 213-219.
- Tisher, M. y Lang, M. (1987). La escala de depresión para niños: revisión y perspectivas: En D.P. Cantwell y G.A. Carlson (eds) *Trastonos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Valero, L. (1997). La evaluación del comportamiento infantil: características y procedimientos. *Apuntes de Psicología*, 51, 51-79.

- Vizcarro, C. (1992). Clasificación y criterios diagnosticos de la conducta anormal. En R. Fernandez-Ballesteros, *Introducción a la Evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Vizcarro, C., León, D., Garcimarán, J., García, J., Llorente, G., Romero, J. y Vargas, J.A. (1986). Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnostico por medio de los criterios de diagnostico para la investigación. *Evaluación psicológica/ Psychological Assessment*, 4, 99-114.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, A.F. y Rooney, M.T. (1999). Administration Manual for the ChIPS. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, M.A., Teare, M. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatric*, 39, 1, 76-84.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Rooney, M.T y Fristad, A.F. (1999). *Children's Interview for Psychiatric Syndromes* (ChIPS). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Teare, M y Fristad, M.A. (1999). *Parent Version- Children's Interview for Psychiatric Syndromes* (ChIPS). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Teare, M. y Fristad, M.A.(1985). *Children's Interview for a rare Syndrome (ChIPS)*. Unpublished manuscript, University of Kansas School of Medecine.
- Wicks-Nelson, R E. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall (1ª ed. Español).
- Young, J.G., O'Brien, J.D., Gutterman, E.M. y Cohen, P. (1987b). Research on the clinical interview. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatric*, 26, 613-620.
- Zaldivar, F. (1998). *Evaluación psicológica: una aproximación conceptual, metodológica e instrumental*. Granada: Némesis.
-